

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1939

THÈSE

N° 1458

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PRÉSENTÉE PAR

Kayoum RASSOUL

Né le 11 Octobre 1910, à LAHORE (Indes)

Quelques Remarques
sur la Fièvre Typhoïde
de l'Enfant

Président : M NOBÉCOURT, Professeur

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1939

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1939
—

THÈSE

N°
—

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PRÉSENTÉE PAR

Kayoum RASSOUL

Né le 11 Octobre 1910, à LAHORE (Indes)

Quelques Remarques
sur la Fièvre Typhoïde
de l'Enfant

Président : M. NOBÉCOURT, Professeur

PARIS
VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS
23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1939

Doyen TIFFENEAU.

I. — Professeurs

Anatomie.	MM. ROUVIERE. Léon BINET. STROHL. POLONOVSKI. Robert DEBRE. BRUMPT. BAUDOUIN. PASTEUR-VAL- LERY-RADOT.
Physiologie	MONDOR.
Physique médicale.	LEROUX.
Chimie médicale.	CHAMPY.
Bactériologie.	TIFFENEAU.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.	AUBERTIN.
Pathologie et thérapeutique générales	TANON.
Pathologie médicale.	BALTHAZARD. LEVY-VALENSI. Henri BENARD. CHIRAY. ABRAMI. FIESSINGER. LOEPER. RATHERY. LEREBOULET. NOBECOURT. LAIGNEL- LAVASTINE.
Pathologie chirurgicale.	GOUGEROT.
Anatomie pathologique.	GUILLAIN.
Histologie.	LEMIERRE.
Pharmacologie et matière médicale.	CUNEO.
Thérapeutique.	GOSSET.
Hygiène et médecine préventive	GREGOIRE.
Médecine légale	LENORMANT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	VELTER.
Pathologie expérimentale et comparée.	CHEVASSU.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.	COUVELAIRE.
Clinique médicale.	JEANNIN.
Hygiène et clinique de la première enfance.	LEVY-SOLAL.
Clinique des maladies des enfants	MOCQUOT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	OMBREDANNE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	HARVIER.
Clinique des maladies du système nerveux	LEMAITRE.
Clinique des maladies infectieuses	Pierre DUVAL.
Clinique chirurgicale.	VILLARET.
Clinique ophtalmologique	TROISIER.
Clinique urologique.	MATHIEU.
Clinique d'accouchements.	LAUBRY.
Clinique gynécologique.	Clovis VINCENT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	N...
Clinique thérapeutique médicale	HAZARD.
Clinique oto-rhino-laryngologique.	MULON.
Clinique thérapeutique chirurgicale	OLIVIER.
Clinique propédeutique.	SANNIE.
Clinique de la Tuberculose	VERNE.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	
Clinique cardiologie	
Clinique de neuro-chirurgie.	
Assistance médico-sociale.	
Professeurs sans chaire.	

II. — Agrégés en exercice

MM.	MM.
AMELINE Pathologie chirurgicale.	DEGREZ (H.).. Physique.
BARIETY Pathologie médicale.	DESOLLE Médecine légale.
BERNARD Et.. Pathologie médicale.	DIGONNET Obstétrique.
BESANÇON (J.) Hydrologie.	DOGNON Physique.
BONNET Bactériologie.	FEVRE Pathologie chirurgicale.
BOULANGER .. Chimie.	FUNK-
BOULIN Pathologie médicale.	BRENTANO.. Pathologie chirurgicale.
BROUET Pathologie médicale.	GALLIARD Parasitologie.
BULLIARD Histologie.	GARCIN Pathologie médicale.
CACHERA Pathologie médicale.	M ^{lle} GAUTHIER-
CORDIER Anatomie.	VILLARS.. Anatomie pathologique.
COSTE Pathologie médicale.	GAYET Physiologie.
COUVELAIRE (R.) Urologie.	DE GENNES Pathologie médicale.
DELARUE Anatomie pathologique.	GIROUD Histologie.
DELAY Pathologie médicale.	HAGUENAU Pathologie médicale.



MM.	
HALPHEN	Oto-rhino-laryngologie.
JOANNON	Hygiène.
LACOMME	Obstétrique.
LANTUEJOUL ..	Obstétrique.
LAVIER	Parasitologie.
LELONG	Pathologie médicale.
LEMAIRE	Pathologie expérimentale
LENEGRE	Pathologie médicale.
LEVY (M ^{re} J.)..	Pharmacologie.
MARCHAL	Pathologie médicale.
MENEGAUX ...	Pathologie chirurgicale.
MOLLARET	Pathologie médicale.

MM.	
MOUQUIN	Pathologie médicale.
PATEL	Pathologie chirurgicale.
PETIT	
DUTAILLIS	Pathologie chirurgicale.
RENARD	Ophthalmologie.
RICHET	Physiologie.
SENEQUE	Pathologie chirurgicale.
SICARD	Pathologie chirurgicale.
SOULIE	Pathologie médicale.
SUREAU	Obstétrique.
TURPIN	Pathologie médicale.
WILMOTH	Pathologie chirurgicale

III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.	
ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY- BERT	Physiologie.
GUENIOT	Obstétrique.

MM.	
HEITZ-BOYER ..	Pathologie chirurgicale.
LARDENNOIS ..	Pathologie chirurgicale.
LE LORIER	Obstétrique.
NEVEU- TRIVNET	Parasitologie.
VAUDESCAL ...	Obstétrique.

IV. — Agrégés chargés de cours de clinique annexe à titre permanent

MM.	
ALAJOUANINE.	} Clinique médicale.
BRULE	
CATHALA	
CHABROL	
CHEVALLIER..	
DONZELOT	
DUVOIR	
GASTINEL	
HUGUENIN	
LAROCHE (G.).	
LIAN	
MOREAU	
PIEDELIEVRE.	
SEZARY	

MM.	
BASSET	} Clinique chirurgicale.
BROCQ	
CADENAT	
GATELIER	
DE GAUDART- D'ALLAINES.	
LEVEUF	
MOULONGUET.	
MOURE	
QUENU	
ECALLE	} Clinique obstétricale.
METZGER	
PORTES	
VIGNES	

V. — Chargés de cours

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEILL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A LA MÉMOIRE DE
SA MAJESTE NADIR SHAH
ROI D'AFGHANISTAN

A SON AËTESSE ROYALE LE MARÉCHAL

SHAH WALI KHAN

*Ministre Plénipotentiaire et Envoyé Extraordinaire
de Sa Majesté le Roi d'Afghanistan à Paris
Commandeur de la Légion d'Honneur*

En témoignage de notre profonde
reconnaissance pour les conseils
qu'il nous a prodigués au cours de
nos études.

A MONSIEUR ISLAM BEK KHODAYAR KHAN

*Conseiller de la Légation d'Afghanistan
Officier de la Légion d'Honneur*

Témoignage de notre gratitude
pour son bienveillant accueil.

A LA MEMOIRE DE MON PERE

A qui je dois tout.

A LA MEMOIRE DE MON FRERE

Dont le souvenir restera toujours
vivant pour moi.

A MA MERE

Modeste témoignage de mon amour filial et de ma grande reconnaissance pour tous les sacrifices qu'elle s'est imposés pour moi.

A MON FRERE

A MES SCEURS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR NOBECOURT

*Professeur de Clinique des Maladies infantiles
à la Faculté de Médecine de Paris
Membre de l'Académie de Médecine
Commandeur de la Légion d'Honneur*

En respectueux hommage pour le
grand honneur qu'il nous a fait en
acceptant la présidence de cette
thèse.

A MONSIEUR BRISKAS

*Professeur Agrégé à la Faculté de Médecine de Paris
(Titre étranger)*

Pour la bienveillance qu'il nous
a toujours témoignée et pour les
précieux conseils qu'il nous a pro-
digués.

Qu'il soit assuré de notre gra-
titude.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR P. ROHMER

Professeur de Clinique Infantile
à la Faculté de Médecine de Strasbourg

Dont nous avons été l'assistant,
en témoignage de reconnaissance
pour le précieux enseignement dont
il nous a fait profiter.

A MES MAITRES
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

A MES MAITRES
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG

A MES MAITRES
DE LA FACULTÉ ET DANS LES HÔPITAUX DE PARIS

Avant de commencer notre exposé, nous estimons qu'il est de notre devoir de témoigner notre profonde reconnaissance envers la France.

Nous avons été reçu chaleureusement dans ses Universités et partout où nos études nous ont conduit, nous avons toujours été accueilli avec la sympathie et la franchise qui sont les qualités héréditaires du peuple français.

Nous serons fier d'être l'interprète fidèle de la Médecine Française dans notre pays, qui a toujours entretenu, avec la France, d'étroites relations culturelles.

Paris, Décembre 1939.

Serment d'Hippocrate.

En présence des maîtres de cette école, de mes chers condisciples, je promets et je jure au nom de l'Être suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe.

Ma langue fera les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis resté fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

Quelques remarques sur la fièvre typhoïde de l'enfant

INTRODUCTION

La fièvre typhoïde, maladie contagieuse, épidémique, endémique, est bien connue aujourd'hui au point de vue clinique. On trouve dans tous les traités de médecine des descriptions détaillées de la maladie.

Chez les enfants, les manifestations cliniques de la fièvre typhoïde sont sujettes à des variations dues à des facteurs différents comme l'âge, le terrain, les épidémies.

Chez le nourrisson, elle prend une allure soit sous forme gastro-intestinale, soit d'une infection générale ou d'une méningite.

Le diagnostic est très difficile et on attend l'apparition des taches rosées qui est loin d'être la règle. Les caractéristiques font souvent défaut. La maladie est grave à cette période et la mortalité est très élevée, environ 50 %.

Dans la moyenne enfance et la grande enfance, c'est-à-dire jusqu'à l'âge de 10 ans, chez les filles, et de 12 ans chez les garçons, la fièvre typhoïde présente, dans la majorité des cas, une allure spéciale. Elle est bénigne et la mortalité est rare.

Aux approches de la puberté, c'est-à-dire à partir de l'âge de 11 ans chez les filles et de 13 ans chez les garçons, souvent on trouve des formes moyennes de la dothientérie et des formes graves infectantes, autant et plus que chez l'adulte.

Nous avons eu à l'hôpital des Enfants-Malades, dans le service de M. le Professeur Nobécourt, trois cas de fièvre typhoïde, dont nous allons présenter les observations et par la même occasion, nous discuterons les différents symptômes et complications que nous avons observés chez nos malades au cours de la maladie.

Nous insisterons à la fin de cet exposé sur la prophylaxie de la fièvre typhoïde; en effet, deux de nos malades viennent de la colonie de vacances d'Audierne et l'inspecteur d'hygiène du département du Finistère a bien voulu nous confirmer la présence d'une épidémie, fort heureusement jugulée, dans un camp de réfugiés voisin de la colonie de vacances.

Nous prions M. le Professeur Nobécourt de trouver ici le témoignage de notre gratitude et de notre respectueuse reconnaissance pour l'aimable et bienveillant accueil qu'il nous a réservé dans sa clinique à l'Hôpital des Enfants-Malades.

OBSERVATIONS

OBS. I. — Marguerite est née le 21 décembre 1929.

Le 26 septembre 1939, l'enfant s'est plaint d'avoir froid, de malaises, de céphalées; sa température était de 39°, elle présentait de la diarrhée fétide.

Le 28 septembre, on a remarqué qu'elle était somnolante et avait 40° de température. Le médecin appelé ordonne des cachets, des bouillons de légumes et deux lavements à l'eau bouillie froide. Le lendemain elle a vomi et sa température est restée stationnaire. Constatant ces faits, le médecin pensa à une fièvre typhoïde et conseilla à la famille de conduire l'enfant à l'hôpital.

L'interrogatoire nous a révélé qu'au mois d'août dernier, elle est allée à la colonie de vacances d'Audierne et qu'elle y est restée jusqu'au 17 septembre.

Depuis son retour à Paris, l'enfant a de fréquentes diarrhées, elle se sent fatiguée et a peu d'appétit.

(Signalons qu'une autre enfant de la même colonie a la fièvre typhoïde et est admise à notre service.)

Elle entre à la salle Bouchut le 30 septembre, c'est-à-dire le 4^e jour de la maladie.

Comme antécédents personnels, elle est née à terme, son poids de naissance était de 4 livres 500, elle a été nourrie au lait Gallia, puis lait de vache.

La première dent est apparue à 3 mois, le premier pas à 16 mois, elle a eu du B.C.G.

Elle présentait des bronchites fréquentes; a eu de l'otite, la rougeole, la varicelle et l'angine diphtérique.

Elle est âgée de 9 ans et demi et pèse 23 kgs 500, elle mesure 1 m. 32.

Elle a une température élevée de 40° avec un pouls rapide de 140 pulsations par minute. Le cœur est normal, les bruits sont bien frappés.

La langue est assez bonne, légèrement chargée, la gorge est rouge. L'oreille droite est douloureuse. Le ventre est légèrement ballonné, le foie débordé de deux travers de doigt des fausses côtes. La rate est légèrement douloureuse et légèrement hypertrophiée, elle mesure 9 cm. 1/2 sur 6 cm. On ne trouve pas de taches rosées.

L'examen pulmonaire ne révèle aucun signe de bronchite, ni de foyers.

On trouve une myalgie; en effet, la pression des mollets est douloureuse.

Au point de vue du système nerveux, on constate que les réflexes sont normaux, il n'y a pas de raideur de la nuque.

Le signe de Lassègue est douloureux. L'examen du sang nous donne le résultat suivant:

HB 80 %,

G.R. 4.500.000.

G.Bl. 6.400.

V.G. 0,88.

La formule leucocytaire:

Poly neutro	89
Gr. mono	1
Moyen mono.	9
Monocyte	1

Le 5 octobre, la température est restée à 39°9, avec un pouls de 120 par minute. L'hémoculture est positive au bacille d'Eberth.

Le 6, l'enfant est très abattue, elle présente de l'hyperesthésie, mais on ne trouve aucune raideur de la nuque.

L'abdomen est moins ballonné et moins douloureux.

Le 8 octobre, en plus d'une agitation intense, elle présente des troubles cardio-vasculaires. Les mains froides, les bruits du cœur sourds, rapides, le pouls est de 120 pulsations par minute, la température est de 38°; à tout cela s'ajoute l'hypotension, elle est de 6 max. et de 2 min.

Le lendemain, l'état cardiaque ne s'est pas amélioré. On entend les extrasystoles, le pouls est lent avec 68 pulsations par minute et 38°9 de température.

On lui fait une transfusion sanguine de 200 cm³ et on lui a donné des tonicardiaques et de l'adrénaline.

Le 10 octobre, quinzième jour de la maladie, les bruits du cœur sont réguliers, il y a moins d'extrasystoles et le pouls est régulier. L'enfant meurt dans la nuit du 10 octobre d'une hémorragie intestinale d'intensité moyenne.

En résumé, notre malade présente bien le tableau clinique de la forme moyenne de la fièvre typhoïde

avec début brusque, les signes classiques de la période d'état et enfin deux complications rares chez les enfants : l'atteinte cardio-vasculaire et l'hémorragie intestinale qui a été la cause de la mort du malade.

OBS. II. — Huguette, née le 3 mars 1928, est admise dans le service le 3 octobre 1939, avec la température de 40°.

Histoire de la maladie. — On a constaté, le 29 septembre, qu'elle était très abattue, souffrait beaucoup de la tête et a eu une épistaxis.

Le 2 octobre, elle a été à l'hôpital Trousseau où l'on a examiné son nez et sa gorge, elle a eu ce jour-là une deuxième épistaxis.

Le 3 octobre, le jour de son admission, elle présentait une forte céphalée, des douleurs au ventre et une troisième épistaxis. Elle a été, comme la première malade, depuis le mois d'août à la colonie de vacances d'Audierne; jusqu'au 1^{er} septembre, la nourriture était bonne, les enfants se portaient bien. A partir de cette date, jusqu'au 17 septembre, date de la rentrée des enfants à Paris, la nourriture était de mauvaise qualité; l'hygiène laissait à désirer et tout le personnel de la colonie a eu la diarrhée et divers troubles gastro-intestinaux qui ont motivé leur rentrée à Paris.

Remarquons qu'un frère de l'enfant, âgé de 14 ans, était aussi à Audierne et qu'il se porte bien. Les deux enfants ont été également, en août 1939, dans la même colonie et on n'a enregistré aucune épidémie.

Comme antécédents personnels, elle pesait 8 livres à sa naissance, a été nourrie au lait Gallia et elle s'est très bien développée. Elle a eu la rougeole, la coqueluche, les oreillons. En juillet 1937, a eu l'amygdalectomie.

Au point de vue des antécédents familiaux, elle a deux frères, l'un âgé de 27 ans et l'autre de 14 ans, qui se portent bien, et un troisième de 19 ans qui a été en préventorium à l'âge de 7 ans.

En juin 1938, sa mère a eu une hystérectomie à la suite d'un cancer et son père, âgé de 52 ans, est assez fatigué.

Elle est âgée de 11 ans et 8 mois.

Le 4 octobre, sixième jour de la maladie, à l'examen, on trouve une langue sèche, un peu rouge. La gorge est rougeâtre et les oreilles sont sensibles.

Le ventre est souple et n'est pas ballonné, on y voit des taches rosées très discrètes disséminées sur l'abdomen.

La rate est légèrement hypertrophiée, elle mesure 9 cm. sur 4 cm. 5.

La diarrhée existe depuis quelques jours. Le cœur n'est pas hypertrophié, bat normalement, les bruits sont bien frappés.

L'examen pulmonaire ne montre aucun signe de bronchite. Les réflexes sont normaux. L'hémoculture et la séro-agglutination sont restées négatives.

Le 6 octobre, le ventre est légèrement ballonné. Les taches rosées sont nettes. Les selles sont liquides.

Le 11 octobre, 13^e jour de la maladie, la séro-agglu-

tion est de nouveau négative, le météorisme a augmenté. Le ventre n'est pas douloureux et la température oscille entre 39° et 40° avec des rémissions matinales.

Au point de vue cardiaque, une accentuation du deuxième bruit dans le foyer aortique et pulmonaire.

Le 16 octobre, le faciès est infecté, la gorge et la langue sont sèches, l'abdomen est fortement ballonné non douloureux, les selles sont liquides et la rate a augmenté de volume, elle mesure 11 cm. sur 7 cm.

La température est stationnaire, les bruits du cœur sont bien frappés, le pouls est de 90 pulsations par minute et la tension est de 8 1/2 max. et 4,5 min.

Le 11, c'est-à-dire le 23^e jour de la maladie, la somnolence n'est pas très marquée, l'enfant répond aux questions et n'a pas de délire, elle est calme. La diurèse est bonne, les urines contiennent des traces d'alumine. La séro-agglutination devient positive aux bacilles d'Eberth au 1/200^e.

C'est à partir du 26 octobre que la température a commencé les oscillations décroissantes; l'état général s'améliore, le météorisme diminue, les taches rosées sont pâles, à peine visibles.

Aujourd'hui, le 7 novembre, la température est de 37°5, l'enfant se sent très fatiguée, le ventre est souple et rétréci, les taches rosées sont disparues.

Nous assistons à une fièvre typhoïde où tous les signes cliniques sont au complet et le seul phénomène particulier est le retard de l'apparition de la réaction

sérologique qui devient positive le 23^e jour de la maladie.

OBS. III. — Roger Dil..., né le 1^{er} novembre 1931, entre dans le service le 30 septembre 1939, pour une fièvre continue depuis 11 jours. En effet, depuis onze jours, la température oscille entre 39° et 40°, il n'a pas d'appétit et délire la nuit.

L'enfant se plaint du ventre et a des selles diarrhéiques, il a eu tous les jours un lavement. Il ne tousse pas et ne crache pas; le médecin examinant l'enfant pense à une affection pulmonaire et trouve quelques signes au poumon gauche.

Il le met à la diète et prescrit des piqûres de camphre; puis il pense à une fièvre parathyphoïde et le fait hospitaliser.

Les antécédents nous montrent qu'il a un père de 36 ans, plusieurs fois opéré d'otites et réformé pour surdité.

La mère, âgée de 35 ans, a eu la fièvre typhoïde vers 7 ans, suivie d'une rechute grave. Il ne semble pas y avoir de bacillose ni de spécificité chez les parents.

Comme antécédents personnels, il est né à terme, pesait 5 livres 250 à la naissance, était au sein jusqu'à 10 mois, puis au lait Nestlé.

Il a eu la coqueluche, la rougeole, la varicelle et des bronchites légères avec deux ou trois jours de fièvre.

Plus jeune, il avait une tendance à s'enrhumer facilement. Il a été vacciné contre la variole à trois mois.

Il y a deux mois, en août, il tombe sur le genou droit qui suppure pendant six semaines. Sa mère lui a mit de l'eau d'Alibour, des pommades et des pansements. En même temps, à la suite d'une piqûre de moustique, dit sa mère, il fait une éruption siégeant aux pieds et aux jambes jusqu'à la cuisse. Les petits boutons suppurent et se dessèchent.

Il est âgé de 8 ans, a une taille plus grande que la normale, il mesure 1 m. 25 et pèse 22 kgs 900, au lieu de 1 m. 14 et 18 kgs 550.

Il a un bon état général, n'a pas de céphalée, ne souffre pas du ventre.

La langue a une couleur framboise, la gorge est en bon état. Le ventre est souple et l'on y voit des taches ayant le caractère des taches rosées lenticulaires disséminées.

Il présente des selles diarrhéiques.

La rate mesure 7 cm. 1/2 sur 5 cm. et on sent son pôle inférieur. La température est de 39°3 avec un pouls de 80 pulsations par minute. La tension est de 10 max. 6 min.

L'examen du cœur montre que les bruits sont normaux et bien frappés.

A l'auscultation pulmonaire, on entend une respiration rude, surtout à la base gauche. La cuti est négative.

L'examen nerveux montre que les réflexes sont normaux, pas de signe de Kernig. Les urines ont une couleur normale, ne contiennent ni albumine, ni sucre.

Le 3 octobre, 15^e jour de la maladie, la tempera-

ture descend à 37°5, l'hémoculture est négative, mais le séro-diagnostic est positif au 1/200°, plus l'agglutination au 1/500°.

Voici l'examen du sang:

H.B. 80 %; G.R. 5.620.000; G.B. 3.900; V.G. 0,80.

La formule leucocytaire:

Poly neutro	64
Grand mono.	9
Moyen	20
Lympho.	2
Monocyte	5

A partir du 3 octobre, la température oscille entre 37°8 et 37°5 et s'y maintient. La chute de poids n'est pas grande (100 gr.).

L'enfant a quitté le service après une semaine d'apyrexie.

ETUDE CLINIQUE

Les trois observations que nous venons de présenter illustrent deux tableaux cliniques; les deux premiers malades sont atteints d'une fièvre typhoïde de forme commune et le troisième d'une forme légère, avec certaines particularités que nous mettrons en relief.

Nous allons commencer à décrire la forme commune ou moyenne que nous avons souvent l'occasion d'observer.

Période de début.

La maladie commence chez notre deuxième malade par des signes généraux discrets, qui augmentent progressivement ; on observe la fatigue, malaise, anorexie, une céphalée légère. Le sommeil devient mauvais avec un peu de délire nocturne. Quelquefois la diarrhée se montre dès ce moment. Mais le début brusque n'est pas rare. M. le Professeur HUTINEL et M. DARRÉ l'ont observé dans 12 % des cas. Chez notre premier malade la maladie a commencé brusquement, la température est montée de 39° à 40° dès le deuxième jour de la maladie. En général, la courbe thermi-

que monte progressivement. Il faut remarquer que la loi de Wunderlich fait souvent défaut chez les enfants. M. le Professeur NOBECOURT écrit dans *Clinique Médicale des enfants*, qu'on s'exposerait à des erreurs de diagnostic si on ne considérait pas comme fièvre typhoïde toute fièvre qui atteint le 40° de température le deuxième jour, ou toute fièvre qui n'atteint pas 40° le quatrième jour de la maladie.

Dans ces cas à début brusque, la température monte à 40° et ne subit que de faibles rémissions et se maintient en plateau.

Le début peut être masqué soit par une angine érythémato-pultacée, soit par des manifestations sous forme de pneumonie, d'une appendicite ou d'une poussée articulaire d'allure rhumatismale.

Il est difficile de préciser le début de la maladie, les enfants viennent souvent à la clinique lorsqu'ils ont de la température et c'est par un interrogatoire minutieux que l'on décèle les manifestations diverses de la maladie au début.

Période d'invasion.

Nous avons constaté chez nos malades des signes *digestifs, nerveux, respiratoires*.

En dehors de l'aspect caractéristique de la langue, de la soif, les troubles digestifs fréquents se manifestent soit sous forme de diarrhée, soit sous forme de constipation.

La diarrhée est souvent provoquée, comme chez

nos enfants, par des lavements, des purgatifs ou du régime. La diarrhée est plus fréquente et s'observe dans 65 à 75 % des cas, mais la *constipation* n'est pas rare (12 %).

La constipation et l'absence de diarrhée ne peuvent donc nous servir à rejeter le diagnostic de fièvre typhoïde.

Les vomissements manquent rarement chez les enfants à la période d'invasion, on les observe dans la moitié des cas environ ; ils durent deux ou trois jours avec des fréquences variables.

Nous avons observé chez nos malades des *douleurs abdominales précoces*, fugaces, diffuses, ce qui s'observe fréquemment chez les enfants. Ces douleurs abdominales associées aux vomissements sont des manifestations banales du début des pyrexies.

Chez certains malades, elles ont une importance plus grande et on a décrit des fièvres typhoïdes à début péritonéal, à début appendiculaire ou appendiculo-typhus.

Le gargouillement de la fosse iliaque est rare chez l'enfant, le ventre est rarement ballonné ; il est souple et rétracté. *La splénomégalie* est rare à la période d'invasion.

Les manifestations nerveuses sont habituelles, telles que : la céphalé frontale, l'insomnie, la douleur musculaire, quelquefois le délire. La prostration ne se voit que dans les formes graves. Comme chez nos malades ces symptômes nerveux sont discrets, mais dans certains cas ils prennent une importance parti-

culière et réalisent le véritable syndrome encéphalo-méningé qui domine le tableau clinique et on pense plutôt à une méningite ou une encéphalite qu'à une fièvre typhoïde.

MANIFESTATIONS RESPIRATOIRES.

Assez souvent la fièvre typhoïde commence comme une *grippe*. Cette forme grippale, qui a été décrite par POTAIN chez l'adulte, n'est pas rare chez les enfants.

La *bronchite sibilente* est un élément important du diagnostic ; parfois elle prend une allure particulière, des symptômes de bronchite capillaire et de broncho-pneumonie apparaissent, mais le broncho-typhus s'observe généralement chez les tout petits et avant six mois.

Les *symptômes de congestion* pulmonaire que notre malade de l'observation III présentait avant son admission sont assez fréquents La congestion se localise soit au sommet, soit à la base, soit à la partie moyenne du poumon.

Parfois les symptômes pulmonaires simulent le véritable tableau de *pneumonie* dont le diagnostic est très difficile au début de la fièvre typhoïde.

Signalons que l'épistaxis est de même fréquence que chez l'adulte, c'est un élément qui fait penser à la dothienterie, elles sont rares au-dessous de 5 ans.

LE SYSTÈME CARDIO-VASCULAIRE est normal à cette période. On ne constate pas de signes de défaillance cardiaque.

La *température* monte par frissons pour atteindre le plateau par des oscillations ascendantes. Le pouls est rapide, régulier, plein, bat de 100 à 120 pulsations par minute.

Période d'état.

Etudions maintenant les différents symptômes que l'on observe à cette période.

Les signes que nous avons décrits au début et à la période d'invasion s'accroissent.

LES SYMPTÔMES DIGESTIFS sont souvent assez légers. La langue présente l'aspect habituel, effilée, blanchâtre au centre, rouge vers la pointe. Parfois on observe des ulcérations à la face interne des joues, des bords de la langue et sur les piliers du voile du palais. D'après M. MARFAN, sur la pointe de la langue on observe une zone triangulaire, à sommet postérieur caractéristique chez les enfants.

Les vomissements cessent et la diarrhée est plus ou moins abondante mais elle reste exceptionnelle. Parfois elle devient tenace comme chez notre deuxième malade qui avait deux à trois selles par jour.

L'abdomen est légèrement ballonné et le gargouillement de la fosse iliaque droite est rare. Chez nos malades l'abdomen qui était souple au début, s'est ballonné légèrement à la période d'état.

Les douleurs tardives abdominales peuvent exister, somme toute ce sont des douleurs diffuses non localisées. D'autrefois ces douleurs prennent une grande

importance et on croit assister à une péritonite ou cholécystite, ou hémorragie intestinale, dont nous parlerons dans les complications de la fièvre typhoïde.

La *splénomégalie* s'observe souvent chez les enfants et les auteurs ne sont pas d'accord sur la constance de ce signe. M. le Professeur NOBÉCOURT a souvent constaté la splénomégalie chez les enfants ; certes, elle n'est pas facilement palpable ; mais à la percussion systématique et la palpation par la position postérieure on trouve fréquemment l'hypertrophie de cet organe. Nous avons décélé la splénomégalie chez nos trois malades par la percussion et la palpation.

Les *taches rosées* apparaissent à la période d'état, elles sont plus ou moins nombreuses, disséminées, mais il existe une forme xanthématique décrite par MM. WEIL et LESIEUR caractérisée par l'abondance des taches.

Le *foie* augmente légèrement de volume.

Les urines sont rares, foncées, laissant déposer un dépôt floconneux, elles contiennent des traces d'albumines. En général, la diurèse est bonne.

Du côté de l'APPAREIL CARDIO-VASCULAIRE on constate quelquefois des troubles passagers. Le cœur en général bat normalement, mais vers la fin ou au milieu de la période d'état, on peut assister à une atteinte du myocarde. Nous reviendrons sur ce trouble, quand nous décrirons les complications.

Le *pouls* est en général rapide, régulier, rarement

dicrote. Il faut tenir compte des variations de fréquence du pouls suivant l'âge de l'enfant. Plus l'enfant est jeune, plus le pouls est rapide. On trouve rarement la bradycardie relative par rapport à la température. Ces constatations se justifient chez nos malades qui ont un pouls rapide non dicroté.

Signalons que l'*hypotension* s'observe dans un grand nombre de cas.

LES SYMPTÔMES NERVEUX sont *très légers*, le faciès typhique, la prostration, le délire sont rares. On constate de l'indifférence ou de la somnolence, d'ailleurs assez inconstantes et quelquefois le délire nocturne. Même avec forte température, les enfants restent calmes, s'expriment d'une façon normale.

La prostration et l'état ataxo-adynamique exceptionnels chez les jeunes enfants, peuvent se trouver dans les formes graves.

L'EXAMEN DU SANG montre une leucocytose légère et la formule sanguine présente une polynucléose moyenne sans grande particularité.

L'ÉTUDE DE LA TEMPÉRATURE est intéressante à cette période. Nous avons vu que la température monte progressivement ou rapidement et atteint 39° à 40° ; elle s'y maintient pendant toute la période d'état, parfois on constate des rémissions matinales.

Dans certains cas légers, la fièvre prend une allure rémittente.

Période de déclin.

La température descend en lysis et il n'est pas rare de voir une chute brusque.

A cette période, l'état général commence à s'améliorer, les urines deviennent abondantes, les taches disparaissent.

La chute du poids est importante et très marquée, elle continue pendant la CONVALESCENCE. Celle-ci fait suite à la période terminale insensiblement, elle est plus ou moins longue suivant la forme et la gravité de la maladie.

Evolution.

La durée de la maladie est sujette à des variations, surtout chez les enfants. Nous avons vu que le début peut être rapide, de même les périodes d'état et de déclin peuvent être écourtées.

Pronostic.

Nous avons signalé au début de cet exposé que la fièvre typhoïde a un pronostic favorable dans la moyenne et dans la grande enfance.

En effet, nous venons de voir que les symptômes digestifs nerveux, respiratoires sont très discrets. Les appareils cardio-vasculaire et rénal résistent aux infections.

La maladie évolue favorablement et la mortalité dépend des épidémies et de sa gravité ; elle est de 12 % et due surtout aux complications.

FORMES CLINIQUES

On a décrit différentes FORMES CLINIQUES de la fièvre typhoïde. La description que nous venons de faire est celle de la FORME COMMUNE OU MOYENNE, fréquente chez les enfants où tous les signes sont distincts à chaque période de la maladie. La durée de la maladie est de 4 à 5 semaines et quelquefois deux mois.

Le pronostic est bon et les complications sont rares.

La FORME LÉGÈRE dont le troisième malade a été atteint est caractérisée par l'atténuation des signes digestifs, nerveux ; la conservation de l'état général et l'évolution ne dépasse pas trois semaines. Cette forme était souvent désignée sous le nom de fièvre muqueuse, actuellement de typhoïdette.

La FORME GRAVE, où l'on observe une atteinte profonde du système nerveux, respiratoire, cardiovasculaire.

Le début est souvent insidieux, lent, commence par des troubles digestifs, l'hépatomégalie, la splénomégalie et le typhos avec des phénomènes ataxo-dynamiques. Nous ne rentrerons pas dans le détail de cette forme et remarquerons seulement que le pronostic est grave et qu'elle est riche en complications.

La FORME AMBULATOIRE qui est spéciale à l'enfance en raison du peu de gravité du début, de l'atténuation des symptômes de la période d'état. C'est souvent une hémorragie qui révèle l'état pathologique. RECHUTES.

Avant de commencer les complications, nous signalons les rechutes de la fièvre typhoïde, assez fréquentes et qui peuvent être considérées comme une complication. Elles apparaissent dans 6,5 % des cas.

COMPLICATIONS

Les complications de la fièvre typhoïde sont rares chez les enfants et ne s'observent que dans les formes graves ; mais les autres formes ne sont pas à l'abri des complications. Parmi les complications, nous insisterons sur celles que nous avons observées chez nos malades.

L'HÉMORRAGIE INTESTINALE qui a amené la mort de la première malade, se voit rarement.

D'après MM. HUTINEL et DARRÉ, elle apparaît dans 4,2 % des cas. On a décrit les hémorragies précoces survenant au début ou au milieu du second septenaire, et les hémorragies tardives. Mais, en réalité, les hémorragies sont les manifestations du deuxième ou troisième septenaire.

Ces hémorragies ne sont pas abondantes, les signes sont les mêmes que chez l'adulte, mais moins atténués.

On a remarqué que les ULCÉRATIONS INTESTINALES sont minimales et se cicatrisent vite, il y a gonflement des plaques de Payer et cela expliquerait l'atténuation des symptômes abdominaux et la rareté des hémorragies et des perforations chez les enfants.

La mortalité est de 32 %, d'après MM. HUTINEL et DARRÉ.

La PERFORATION INTESTINALE est rare (2 % des cas) et donne une péritonite généralisée du type sténique.

M. le Professeur NOBÉCOURT a décrit une *forme asthénique* de la perforation, caractérisée par l'absence des douleurs et où l'aggravation progressive aboutit à la péritonite ; celle-ci se produit chez les malades ayant déjà des formes tellement sévères, que les signes du début sont en quelque sorte masqués. On ne s'aperçoit de la complication intestinale et de son extension au péritoine que par un collapsus cardiaque et par une palpitation douloureuse du ventre avec des vomissements porracés.

Le diagnostic est rarement fait d'une façon précoce. Il peut exister des syndromes abdominaux graves sans perforation sur l'étiologie desquels l'unanimité n'est pas encore acquise.

Citons la PERFORATION DE LA VÉSICULE BILIAIRE, due à une cholécystite suppurée. On a décrit une forme hépatique de la fièvre typhoïde.

L'appendicite est une complication qui peut se voir au cours de la fièvre typhoïde.

Les COMPLICATIONS RESPIRATOIRES sont fréquentes chez l'enfant. Celles des voies respiratoires supérieures sont inapparentes, à la suite d'un coryza on observe des sinusites, de l'otite moyenne, qui peuvent entraîner une surdité; la laryngite aiguë est exceptionnelle.

La *bronchite* que nous avons décrit au début de la maladie peut persister et prendre une forme subaiguë.

La *broncho-pneumonie* est rare aujourd'hui.

La *pneumonie* peut apparaître au début et à toutes les périodes de la maladie. Si elle se manifeste au début, elle guérit souvent et la fièvre typhoïde suit son cours. Mais à la période terminale et à la convalescence, le pronostic est grave, car elle survient sur un terrain déjà affaibli par la maladie.

Le SYSTÈME CARDIO-VASCULAIRE peut être atteint. En dehors des *péricardites* et des *endocardites* qui sont rares, on observe plus fréquemment et chez les grands enfants la *myocardite*.

Chez notre première malade nous avons observé une légère atteinte du myocarde. En effet, Marguerite, au treizième jour de la maladie présentait un pouls de 120 pulsations par minute, une température de 39° et une tension de 6 max. et 2 min. Les bruits du cœur étaient sourds, rapides et les extrémités froides.

Le lendemain, nous avons relevé à l'auscultation des extrasystoles. Ce sont des signes de l'atteinte de myocarde.

Le myocarde est très résistant aux infections chez les enfants. La fréquence de ces troubles cardiaques proviendrait principalement de la gravité de la fièvre typhoïde elle-même, ce qui expliquerait qu'on peut la rencontrer dans les épidémies graves.

L'origine de ces troubles est discutée par beaucoup d'auteurs. On a parlé d'origine nerveuse, car on n'a pas constaté une lésion du myocarde à l'autopsie. D'autres considèrent comme une atteinte du myocarde et des glandes endocrines. Il est vrai qu'il y a

le trouble vasculaire périphérique d'origine surrénalienne. En clinique le problème est complexe et il n'est pas toujours facile d'élucider la part qui revient à tel ou tel facteur.

En pratique, il est utile de savoir l'origine myocardique ou surrénalienne de ces troubles, car suivant l'origine, on institue un traitement cardiaque ou surrénalien qui donne souvent de bons résultats. Le pronostic est toujours favorable. La mort peut survenir par collapsus ou par syncope. Nous n'avons pas un élément de pronostic précis et tout dépend de l'état général de l'enfant.

Les complications artérielles sont rares ; on a signalé des artérites.

Au point de vue de l'APPAREIL URINAIRE on observe très rarement des *néphrites*. Nous avons vu que l'albuminurie est pasagère à la période d'état et on voit rarement d'atteinte de la fonction rénale.

Les COMPLICATIONS NERVEUSES sont au contraire assez fréquentes chez les enfants.

Les *encéphalites typhiques* ont été mises en évidence depuis 1917. Cliniquement elles doivent être assez fréquentes, bien que généralement méconnues.

Les *méningites* sont plus fréquentes et induisent souvent le médecin en erreur. En effet, nous avons vu qu'au début de la maladie les symptômes méningés peuvent se déclarer et dominer le tableau clinique du méningo-typhus. On observe tous les symptômes de la méningite cérébro-spinale. Quand le dé-

but est lent et progressif il simule la méningite tuberculeuse, mais le début rapide ne l'élimine pas.

On peut observer des symptômes méningés à la période terminale. On a signalé des myélites avec réaction médullaire discrète, de vraies myélites et des névrites trophiques.

Les COMPLICATIONS OSSEUSES et ARTICULAIRES ne sont pas aussi rares qu'on le pensait autrefois. Le tibia est l'endroit de prédilection des ostéites typhiques, mais elles peuvent se localiser sur les côtes, les os de l'avant-bras. Les complications articulaires sont beaucoup plus rares et d'après M. MARFAN, elles peuvent prendre l'aspect de polyarthrite suppurée.

Enfin, comme COMPLICATIONS DE LA PEAU, signalons les *pyodermites*, les *furuncles*, les *abcès torpides* et les *gangrènes cutanées* dues à une mauvaise hygiène de la peau.

DIAGNOSTIC

Diagnostic positif.

La fièvre typhoïde a été mise en évidence chez nos malades par des signes cliniques et des épreuves de laboratoire.

Il est difficile, au début, d'affirmer l'origine éberthienne de la maladie. Toutefois, l'aspect caractéristique de la langue coïncidant avec une température de 40° auront une grande valeur dans la période de début.

Les taches rosées, la splénomégalie, l'aspect de la langue et celui de la courbe thermique, les signes cliniques qui, associés à l'épreuve sérologique signent d'une façon indiscutable le diagnostic de la fièvre typhoïde.

Diagnostic biologique.

Nous avons pratiqué l'hémoculture et la séro-agglutination chez nos trois malades. La première avait une hémoculture positive : le neuvième jour de la maladie.

Chez Roger, l'hémoculture était négative, mais la

séroagglutination était positive au bacille d'Eberth au 1/200^e, tandis que chez Huguette, l'hémoculture et la séroagglutination sont restées négatives à plusieurs reprises jusqu'au 23^e jour de la maladie.

Nos trois malades présentaient indiscutablement un tableau clinique de la fièvre typhoïde affirmée par la méthode sérologique.

Une hémoculture positive légitime le diagnostic de la fièvre typhoïde, mais quand elle est négative, elle n'exclut pas le diagnostic. La présence du germe causal des maladies contagieuses dans le sang circulant, dépend de trois facteurs : l'ancienneté de la maladie, sa gravité et le fait que le malade a subi ou non la vaccination préventive antérieurement.

L'hémoculture est positive dans 93 % des cas pendant la première semaine de la maladie ; 70 % des cas à la deuxième semaine, 56 % à la troisième et enfin 32 % à la quatrième semaine.

La période d'invasion est la période d'indication de l'hémoculture.

La séroagglutination apparaît positive vers la fin du premier septenaire, mais elle peut être retardée et n'apparaître que vers le 20^e jour ou même le 30^e jour de la maladie.

D'après une statistique de F. DEVÉE, sur cinquante malades, vingt-cinq fois la séroagglutination est devenue positive; dans six cas du 8^e au 17^e jour; dix cas du 21^e au 39^e jour et six cas du 30^e au 53^e jour de la maladie et on a observé un cas où la séroagglu-

tion est devenue positive au 62^e jour de la maladie.

Nous voyons donc que le retard des phénomènes sérologiques n'est pas rare.

Diagnostic différentiel.

Au début les manifestations des divers appareils sont tellement variées que le diagnostic devient hésitant et l'observation de notre troisième malade en est une preuve.

En effet, le diagnostic différentiel au début entre la pneumonie et la fièvre typhoïde n'est pas aisé. Les deux maladies commencent par une température de 40°, douleurs abdominales, épistaxis, point de côté. En outre, les signes auscultatoires sont très discrets au début de la pneumonie. C'est plus tard que les signes caractéristiques de la fièvre typhoïde apparaissent, la température reste en plateau, les taches rosées apparaissent et la splénomégalie se précise.

L'hésitation n'est pas moins grande, quand les manifestations nerveuses de la fièvre typhoïde prennent au début une allure de méningite cérébro-spinale ou tuberculeuse. L'examen du liquide céphalo-rachidien nous montre l'existence ou l'absence d'une méningite.

De même, on peut confondre la fièvre typhoïde avec la grippe, l'ostéomyélite, le rhumatisme articu-

laire aigu, l'appendicite. En tout cas, en plus des signes différentiels cliniques propres à chacune de ces maladies, c'est l'hémoculture et la séroagglutination qui confirment le diagnostic de la fièvre typhoïde.

TRAITEMENT ET PROPHYLAXIE

Nous ne croyons pas qu'il soit nécessaire d'indiquer le traitement de la fièvre typhoïde qui est d'ailleurs bien connu de tous les médecins, mais il est intéressant d'étudier sa prophylaxie. En effet, les deux enfants que nous avons eu au service venaient de la colonie de vacances d'Audierne.

La PROPHYLAXIE de la fièvre typhoïde est bien connue depuis longtemps et elle est bien décrite dans tous les traités de médecine et d'hygiène. Ce qui nous intéresse c'est la prophylaxie individuelle. Actuellement, grâce à la surveillance des services d'hygiène départementaux, nous observons moins d'épidémies qu'autrefois. La prophylaxie sociale qui dispose de moyens modernes est très poussée en ce moment et malgré les surveillances attentives des autorités, de temps en temps il peut survenir dans les départements éloignés et dans les campagnes, une défaillance; heureusement l'erreur est vite trouvée et la cause de contamination disparaît rapidement.

Au contraire, la *prophylaxie individuelle* laisse à désirer surtout dans les milieux non favorisés, c'est là où l'on trouve souvent la maladie à l'état endémique. Les porteurs de germe ne manquent pas dans les villes et dans les villages.

D'autre part, ces derniers temps, il y a en France un afflux considérable de réfugiés, et même avec un contrôle sévère, on ne pourrait empêcher la propagation de la maladie par manque d'hygiène individuelle.

Tous les ans, un grand nombre d'enfants sont envoyés dans différentes colonies de vacances, où, ça et là, sont installés des camps de réfugiés, et c'est là que les enfants se contaminent et reviennent à Paris.

Nous avons reçu une lettre de l'inspecteur d'hygiène du département du Finistère, nous affirmant l'éclosion d'une épidémie dans un camp de réfugiés d'Audierne.

Il est certain que ces cas ne sont pas nombreux, mais actuellement nous avons un mouvement considérable des habitants des départements vers l'intérieur; il faut entreprendre un moyen prophylactique individuel efficace.

Ce moyen est la *vaccination préventive* contre la fièvre typhoïde et paratyphoïde.

M. Cathala a fait un exposé détaillé de la question devant la sixième Conférence de l'Association Internationale de Pédiatrie.

La vaccination donne actuellement toute satisfaction dans tous les pays.

Pour les enfants les résultats sont moins évidents que chez l'adulte, car elle n'est pas appliquée de la même manière à cause de différents facteurs qui interviennent.

Tout d'abord, il faut la faire accepter par les pa-

rents et ces derniers ne cèdent pas souvent à l'exigence des médecins.

D'autre part, l'opinion publique est difficile à convaincre et préfère la prophylaxie collective à la prophylaxie individuelle où elle craint un danger.

Les médecins considérant la bénignité de la fièvre typhoïde ne cèdent pas facilement en faveur de la vaccination.

Donc, pour arriver à ce but, il faut d'abord vaincre la résistance des médecins et bien faire comprendre patiemment aux parents que le danger est minime. Ces résultats acquis, il faut se décider à la vaccination et choisir l'âge de la vaccination.

L'âge à partir duquel les occasions de la contagion deviennent plus fréquentes et plus difficiles à écarter, c'est quand l'enfant marche, c'est-à-dire, vers le 12^e ou 13^e mois.

A cet âge, l'organisme infantile est capable de répondre par une immunité active à l'injection du vaccin.

M. le Professeur NOBÉCOURT préfère la vaccination suivant les conditions sociales. Dans les milieux pauvres, il est préférable de faire la vaccination, après la première semaine de la première année.

Dans les milieux aisés, il faut faire des vaccinations à l'âge où l'enfant échappe à la surveillance des parents, c'est-à-dire vers 15 ans. Ce qui est important, c'est la vaccination dans les colonies de vacances pour mettre les enfants à l'abri de la contagion.

La réaction vaccinale qui a été constatée chez les

adultes, et M. le Professeur NOBÉCOURT en a rapporté quelques observations en 1916, n'est guère dangereuse chez l'adulte, elle l'est beaucoup moins chez les enfants.

En dehors des affections générales, des maladies de nutrition, la principale contre-indication c'est le cas d'une tuberculose évolutive ou contamination tuberculeuse non évolutive, mais récente.

Pour cela il faut faire une cuti et une radiographie et examiner les antécédents.

Quant à la question de la vaccination obligatoire qui a suscité des controverses, elle n'est pas encore résolue, sauf dans les pays où la fièvre typhoïde est à l'état endémique, on arrive au même résultat par une propagande active sur le danger réel de la maladie pour convaincre l'opinion publique et sur les avantages de la vaccination.

La vaccination associée a aussi ses partisans ; il est préférable de faire la vaccination dans les pays où les épidémies sont fréquentes.

La vaccination doit être pratiquée, soit dans les familles par les médecins, soit dans les centres de vaccination adjoints aux hôpitaux ou aux dispensaires d'hygiène sociale.

La méthode de vaccination est la voie sous-cutanée sur laquelle tout le monde est d'accord.

On fera deux injections à 20 jours d'intervalle, vers le 12^e ou 13^e mois, puis à l'âge de 8 ans et de 15 à 18 ans un injection de rappel.

La durée de l'immunisation a été étudiée par

MM. TANON, ROCHAIX et CAMBESSÉDÈS dans les épidémies de Lyon, en 1928, et de Paris, en 1933 ; ils ont constaté la fréquence de la fièvre typhoïde chez les femmes. Voici le tableau de la mortalité chez les deux sexes :

	FEMMES	HOMMES
16 à 20 ans	20	21
21 à 25 ans	30	9
26 à 30 ans	36	9

Cette fréquence de mortalité chez les femmes expliquerait qu'elles n'ont pas été vaccinées, tandis que les hommes ont une immunité après injection du vaccin dans les casernes vers l'âge de 20 à 24 ans.

Pour les enfants, la mortalité est de 5 % de 0 à 4 ans et de 10 % de 5 à 16 ans. Ces auteurs préconisent qu'il faut vacciner :

Vers l'enfance Diphtérie et tétanie.
 15 ans Typhoïde.
 20 ans Service militaire.
 30 à 40 ans Une nouvelle injection.

La durée de l'immunité est plus longue de 3 à 4 ans que celle désignée par la commission anglaise.

CONCLUSIONS

La fièvre typhoïde de la grande enfance diffère de celle de l'adulte par la fréquence des formes moyennes et des formes légères ; par les atténuations des symptômes cliniques à toutes les périodes, la fréquence du début brusque avec des manifestations respiratoires et méningées. L'état général n'est pas profondément atteint, on observe rarement le typhose.

Les *complications* s'observent plutôt dans les formes graves avec de nombreuses exceptions et tous les types peuvent se rencontrer. Le trouble cardiovasculaire et l'hémorragie intestinale que nous venons de voir chez notre malade sont rares.

Le *diagnostic* de la maladie est souvent difficile au début, à cause de la prédominance des symptômes digestifs, nerveux, respiratoires.

L'*évolution* est de 4 ou 5 semaines dans la forme moyenne et ne dépasse pas 3 semaines dans les formes légères.

Le *pronostic* est presque toujours bon et la mortalité est très basse.

Enfin, au point de vue de la *prophylaxie*, il est recommandable de faire la vaccination dans les régions où règnent les infections typho-paratyphiques pour éviter les épidémies qui peuvent se déclarer par suite de la négligence de la prophylaxie individuelle.

Vu :

LE DOYEN :
TIFFENEAU.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE :
NOBÉCOURT.

Vu et permis d'imprimer :

LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,
ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

CATHALA (J.), *Professeur Agrégé*, et D^r APERT. — *Concours Médical*, 13, II, 38, page 405.

CATHALA (J.), *Professeur Agrégé*. — Sixième Conférence de l'Association internationale de Pédiatrie, 25 septembre 1937, à Rome.

DÉVÉ (D^r F.) et D^r DEMELIENNE et JAMINON. — *Concours Médical*, 2, I, 38.

LESTRÉ, *Professeur, Membre de l'Académie de Médecine*. — *La Vie Médicale*, 25, II, 32.

NOBÉCOURT, *Professeur, Membre de l'Académie de Médecine*. — *Clinique et Laboratoire*, 20, 8, 23.

— *La Vie Médicale*, 25, II, 32.

— Clinique médicale des enfants, maladies infectieuses, tome II.

— *Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, séance du 11 février 1916 et du 3 novembre 1916.

NOBÉCOURT et TIXIER (Léon). — *Archives de Médecine des Enfants*, nov. 1907, page 661.

TANON, ROCHAIX et CAMBESSÉDÈS. — Extrait du *Bulletin de l'Académie de Médecine*. séance du 24 novembre 1937.



IMPRIMERIE SPECIALE
DE
MM. VIGOT Frères



